UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE GANGRÉNEUSE CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Avril 1922

PAR

ENCONTRE (Alfred-Henri-Louis)

Né à St-Laurent-d'Aigouze (Gard), le 3 février 1891

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

- TÉDENAT, Professeur, *Président.*
- DUCAMP, Professeur.
- SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
- LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE GANGRÉNEUSE

CHEZ LE VIEILLARD

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 51

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE GANGRÉNEUSE CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Avril 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

ENCONTRE (Alfred-Henri-Louis)

Né à St-Laurent-d'Aigouze (Gard), le 3 février 1891

Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur. *Président.*
DUCAMP, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. GRYNFELLT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, profes^r, *président.*
DUCAMP, professeur.
MM. SOUBEYRAN, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Enlevée trop tôt à l'affection des siens.

A MON REGRETTÉ FRÈRE MARCEL

CAVALIER AU 11e HUSSARDS

MORT POUR LA FRANCE

Souvenir ému de notre vive affection.

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON ONCLE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A. ENCONTRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

Hommage de reconnaissance.
Je me souviendrai toujours de la bienveillance qu'il m'a témoignée en toutes occasions.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

Qui n'a pas cessé de m'entourer de sa bienveillante sollicitude. Dans de multiples circonstances il m'a accueilli avec une affection et une bonté que je ne pourrai jamais oublier.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

Qui m'a inspiré le sujet de mon travail, l'expression de ma vive et bien sincère reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A. ENCONTRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE GANGRÉNEUSE

CHEZ LE VIEILLARD

INTRODUCTION

L'appendicite est une affection rare chez le vieillard. Pour des raisons anatomiques et sans doute aussi physiologiques, l'inflammation de l'appendice ne se produit que dans des circonstances exceptionnelles. En outre, cette appendicite ne se présente pas avec la netteté symptomatique qui la caractérise, non pas toujours, mais assez souvent chez l'adolescent et chez l'adulte.

L'observation que nous rapportons et qui a servi de point de départ à notre travail en est un nouvel exemple.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lapeyre)

Le 21 décembre à dix-huit heures entre dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Paulet, n° 18, la nommée C... Louise, âgée de 65 ans, sans profession. Elle est envoyée par son médecin traitant pour occlusion intestinale aiguë.

L'interrogatoire nous apprend que le début des accidents remonte au 19 décembre, c'est-à-dire à l'avant-veille. A huit heures du matin, apparition de douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs persistent toute la journée, mais n'empêchent pas la malade de vaquer à ses occupations. Dans la nuit du 19 au 20, l'intensité des douleurs s'accroît et la localisation n'est plus limitée à la fosse iliaque droite. Le lendemain, les phénomènes précédents s'accusent et c'est ainsi que, 36 heures seulement après le début, la malade se couche. La constipation habituelle est devenue dès lors absolue et complète. Il y a arrêt des matières et des gaz. La douleur ne tarde pas à diffuser à tout l'abdomen. La température est peu élevée (37°5-38°), mais le pouls est rapide et petit.

Bientôt ce tableau se complète par l'apparition de vomissements abondants, de couleur noirâtre, mais non fécaloïdes cependant.

Rien de spécial à noter dans les antécédents de la malade, à l'exception de sa constipation habituelle qu'il convient de retenir.

A l'examen, on note un facies caractéristique, nettement péritonéal. Les yeux sont excavés et cernés, le nez est pincé, la respiration superficielle ; les vomissements sont fréquents et noirâtres.

Le ventre est dur, résistant, contracturé. La palpation en est extrêmement douloureuse dans toute l'étendue, mais la douleur s'exacerbe lorsqu'on explore la région sous-ombilicale.

Il semble en outre que, dans cette diffusion des douleurs, on puisse cependant arriver à déterminer une douleur plus forte, et maxima dans la région de la fosse iliaque droite, dans une zone étendue comme la paume de la main et dont le point de Mac Burney marquerait le centre. A ce niveau on note une hyperesthésie cutanée des plus manifestes.

Toucher vaginal négatif.

Rien aux divers appareils.

La température est à 37°. Le pouls est à 120. L'état général est mauvais.

Dès l'arrivée à l'hôpital, un grand lavement a été administré. Il a donné lieu à une évacuation considérable de matières moulées.

En présence de ce tableau clinique et à la suite de cette évacuation de matières, après avoir pratiqué une injection de 10 cm³ d'huile camphrée, on installe le Priessnitz et on ordonne la répétition de l'injection d'huile camphrée pendant la nuit.

Le 22 décembre au matin (donc 4e jour), la situation est demeurée celle de la veille. Le tableau est le même ; les signes péritonéaux s'accusent de plus en plus, le pouls est toujours petit et fréquent.

La malade est vue à onze heures par M. Lapeyre, professeur agrégé, qui décide de l'opérer immédiatement.

Sous rachianesthésie à la syncaïne Clin à 8 p. 100 (0 gr. 12) on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe après incision de la peau sur un gros œdème gélatineux de la paroi. Le péritoine est ouvert, il est épaissi, très congestionné, recouvert de dépôts fibrineux. Les anses grêles apparaissent, distendues, rougeâtres, agglutinées par des fausses membranes. Entre les anses s'écoule un pus louche

En somme, signes de péritonite suppurée.

En raison du début et de la prédominance des phénomènes douloureux dans la fosse iliaque droite, on va à la recherche de l'appendice. Il est gros, congestionné et présente à sa pointe une plaque de sphaeèle d'environ un centimètre de diamètre.

Le méso-appendice est scléro-lipomateux.

Nul doute qu'il ne faille voir là le point de départ de la péritonite avec syndrome d'occlusion aiguë pour laquelle la malade a été amenée.

L'appendicectomie est facilement exécutée. Ligature du méso et de l'appendice. Enfouissement. On place deux drains : l'un se dirige vers la fosse iliaque droite, l'autre plonge vers le cul-de-sac de Douglas et recueillira les sécrétions qui s'accumuleront dans le pelvis.

Fermeture de la paroi à trois plans.

La malade est reportée dans son lit et mise immédiatement en position de Fowler. Injection de strychnine et huile camphrée.

Cette intervention est suivie d'un choc intense qui dure 24 heures et rend le pronostic extrêmement sombre. Mais les phénomènes inquiétants tournent court et dès le 23 décembre l'état général s'améliore, le pouls devient meilleur.

Le 25 décembre, émission de gaz. Le pouls est à 100, bien frappé.

Le 26 décembre, la malade a une selle et les urines sont abondantes.

Le troisième jour, lors du premier pansement, on retire le drain supérieur. Quelques jours plus tard on retire le drain du Douglas.

La cicatrisation s'effectue peu à peu par seconde intention, car le pannicule sous-cutané, que nous avions trouvé à l'intervention œdématié et infiltré, suppure abondamment.

La malade sort le 10 février 1922 presque complètement guérie, ne présentant plus qu'une petite perte de substance pour laquelle quelques pansements sont encore nécssaires.

Telle est l'observation. Comme on le voit, il s'agit d'un cas d'appendicite gangréneuse survenue chez un sujet âgé de 65 ans, c'est-à-dire à un âge où l'on ne rencontre que rarement l'appendicite. Au point de vue clinique, cette appendicite a pris le masque d'une occlusion intestinale aiguë. Au point de vue thérapeutique, l'appendicectomie suivie de drainage a amené la guérison.

Ce cas va dès lors nous permettre de développer quelques considérations étiologiques, symptomatiques, diagnostiques et thérapeutiques relatives à l'appendicite chez le vieillard.

ÉTIOLOGIE

Les causes invoquées par les auteurs pour expliquer l'apparition de l'appendicite sont innombrables. Nous ne faisons que signaler *l'hérédité*, qui jouerait un rôle dans certains cas ; *le traumatisme*, incriminé lorsqu'une crise appendiculaire lui succède, sans qu'en vérité il soit possible d'établir une relation toujours très nette de cause à effet ; *les corps étrangers* (pépins, arêtes de poissons, noyaux de fruits, concrétions stercorales) ; *les vers intestinaux*, agissant soit par traumatisme de la muqueuse favorisant une infection seconde, soit comme convoyeurs de l'infection même.

Signalons aussi *l'influence* de certaines infections générales, telles que la grippe, les fièvres éruptives, les oreillons, etc., et les relations entre l'infection de l'appendice et les lésions de l'appareil génital de la femme.

Les points sur lesquels nous devons au contraire nous arrêter plus longuement sont ceux relatifs à l'âge et au rôle des infections intestinales, deux facteurs qui interviennent dans le cas que nous rapportons.

1° Âge.

Il est de notion courante que, si l'appendicite se voit à tous les âges, elle a cependant une prédilection marquée pour l'adolescence. Les statistiques sont à ce sujet très démonstratives.

« Sur 38 malades de Monod, 8 avaient moins de quinze ans, et le plus jeune avait quatre ans et demi ; 20 de ces opérés avaient de quinze à trente ans ; le plus âgé avait cinquante-cinq ans.

» Fitz a étudié à ce point de vue 228 cas et a trouvé la fréquence maxima de dix à vingt ans, tandis qu'il en trouve 38 p. 100 de trente à quarante ans et 28 p. 100 de vingt à trente. Au-dessous de cinq ans, l'appendicite devient une rareté ; on cite une observation de Betz, rapportée par Balzer, qui concerne une perforation de l'appendice chez un enfant de sept mois, et celle de Tordeus (de Bruxelles) qui a trait à un enfant de six mois.

» J'ai pour ma part (Guinard) opéré et guéri par résection d'un appendice perforé un vieillard de soixante-dix-huit ans, et j'ai perdu une petite opérée de deux ans. Je pense que ce sont là *deux extrêmes rarement atteints*. Disons cependant qu'il n'y a en somme pas d'âge où l'on ne puisse avoir une appendicite, puisque nous connaissons un cas de Launay chez un enfant de vingt-huit jours (sans gastro-entérite ni grippe préalables), et un cas de Villemin chez un enfant de six semaines. » (Guinard).

Mêmes conclusions pour Rotter. On trouve, dit-il, l'affection dans 54,5 p. 100 chez l'homme et dans 45,3 p. 100 chez la femme. Sa fréquence est la plus grande (34,6 p. 100) de dix à vingt ans ; elle reste encore fré-

quente (29,6 p. 100) de vingt à trente ans, puis diminue rapidement (8 p. 100) entre trente et cinquante ans.

Lœbl, qui a écrit un long article sur l'appendicite dans la vieillesse (1910), conclut de ses travaux que l'appendicite est une affection rare dans la vieillesse. Sur 11.573 patients, 423, c'est-à-dire 3,66 p. 100, avaient plus de cinquante-un ans.

Enfin, dans leur très complète étude sur l'appendicite, Léon Bérard et Paul Vignard insistent avec juste raison sur la rareté de l'affection chez le vieillard, et ils citent Gand qui, en 1907, avait colligé dans sa thèse 33 observations d'appendicite après cinquante-cinq ans. Ils rapportent en outre à titre documentaire un cas de phlegmon iliaque torpide incisé par Leriche et qui contenait la pointe de l'appendice perforé, chez une vieille femme de soixante-dix-neuf ans.

La malade opérée par M. le professeur Lapeyre était âgée de soixante-cinq ans. Elle avait donc dépassé cette période où la maladie est fréquente. A ce titre, l'observation rapportée ici mérite déjà d'être retenue.

*
* *

Quelles sont les causes de la rareté de l'appendicite chez le vieillard?

1° Il y a des raisons anatomiques.

2° Il y a des raisons biologiques.

Au point de vue anatomique, on admet assez généralement aujourd'hui que dans la vieillesse l'appendice subit une involution ; il devient plus court, plus ténu et s'oblitère fréquemment. L'origine de cette involution se trouve dans l'atrophie du tissu adénoïde si riche dans la

jeunesse, et dans l'augmentation du tissu cellulo-graisseux dans la muqueuse et la sous-muqueuse. Les oblitérations sont le résidu d'inflammation.

En effet, l'appendicite est caractérisée par l'inflammation initiale du tissu adénoïde si abondant dans l'appendice. Or Mériel a démontré qu'après cinquante ans ce tissu disparaissait peu à peu, et que la muqueuse subissait une transformation scléreuse. Cette évolution de l'appendice serait sous la dépendance d'infections légères, passant inaperçues chez la plupart des sujets. « Le canal appendiculaire, d'abord largement ouvert dans le cæcum, et perméable sur toute son étendue, se rétracte peu à peu, se segmente ; il devient alors moins accessible aux agents microbiens descendus de l'intestin. Et comme les vaisseaux sanguins subissent une involution parallèle à celle des vaisseaux lymphatiques, quoique moins active, les tuniques du vermium sont, chez le vieillard, moins exposées aux poussées congestives, et moins facilement pénétrées par les agents des infections générales. » (Bérard et Vignard).

D'autre part, la rareté de l'infection appendiculaire chez le vieillard tient sans doute à des *raisons biologiques*. De même que certaines maladies n'apparaissent pas chez les gens âgés par suite d'une immunité lentement et silencieusement acquise, de même l'appendice, soumis pendant toute l'existence à l'attaque d'agents microbiens ou toxiques, réagit par des poussées de faible intensité qui vaccinent le sujet contre les attaques ultérieures. Dans l'âge avancé, le péritoine, comme le disent Bérard et Vignard, trahit moins nettement ses souffrances, et la proportion des crises aiguës est infime, par rapport aux lésions de l'appendicite sclérosante, banales à l'autopsie des sujets âgés.

2° Rôle des infections intestinales.

Nous ne voulons pas insister sur le rôle de la dysenterie, de la fièvre typhoïde ou paratyphoïde, mais nous étudierons avec quelques détails les rapports entre l'appendicite, l'entéro-colite, la constipation habituelle.

L'influence de la constipation habituelle n'a échappé à aucun des auteurs qui ont étudié l'appendicite. Talamon, Bouchard, Legendre y insistent avec raison, et il est certain que l'examen des appendiculaires révèle le plus souvent — dans les antécédents — cette notion de constipation habituelle et tenace. D'ailleurs, n'est-il pas logique de penser que l'infection résultant de la stase cæcale puisse se propager à l'appendice. L'entéro-colite prédispose évidemment à l'appendicite. Malgré les assertions de Dieulafoy, on peut dire avec Reclus :

« Je croyais admis par tous que les entérites, toutes les entérites, et parmi elles l'entéro-colite muco-membraneuse, ne s'arrêtaient pas à l'insuffisante valvule de Gerlach; trop souvent elles envahissent l'appendice, et trop souvent elles se cantonnent dans cet organe désastreux, ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, ce cul-de-sac de cul-de-sac, cette fistule borgne interne qui semble uniquement créée pour exalter la virulence des germes. Comment! nous voyons la colite s'accuser dans tous les points où la circulation des matières est moins active, dans les bosselures du gros intestin, aux deux angles du côlon transverse, dans le cæcum, tandis qu'elle respecterait l'appendice, ce cloaque croupissant où tombent, stagnent et pullulent tous les germes pathogènes de l'intestin, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, bacilles de Koch, actinomycètes! Pour notre part, depuis

longtemps nous avions prévu ce fait que corroborent les travaux de M. Letulle, que toutes les inflammations de l'intestin retentissent et se marquent, mais amplifiées au maximum sur les parois de l'appendice.

La cause de la stase cæcale ou de l'entéro-colite est souvent d'origine alimentaire. L'abus des viandes mal cuites, mal mâchées, constituant un bol alimentaire difficilement attaquable par les sucs gastriques, est la source de beaucoup d'appendicites. La viande arrive dans le cæcum telle qu'elle a été ingérée, elle y séjourne, elle s'y putréfie et devient l'origine de l'infection appendiculaire.

*
* *

L'infection demeure évidemment la seule cause vraiment efficiente de l'appendicite. Si parmi les causes favorisantes nous nous sommes étendu un peu longuement *sur l'âge et les troubles intestinaux*, c'est parce que ces deux éléments ont une importance particulière dans notre observation. Notre malade était âgée de 65 ans. C'est un âge avancé pour l'appendicite. Elle présentait de la constipation habituelle comme la plupart des sujets atteints d'appendicite. Par ailleurs, il n'y a rien à noter dans son étiologie qui doive retenir l'attention. Nous n'y insisterons par conséquent pas.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'appendicite est bien connue et se caractérise classiquement :

1° Par la triade douloureuse de Dieulafoy (douleur au point de Mac Burney, défense musculaire et hyperesthésie cutanée) ;

2° Par des phénomènes de réaction péritonéale, d'intensité variable suivant les cas ;

3° Par des symptômes généraux (fièvre, vomissements, pouls) qui ont une importance considérable au point de vue des indications thérapeutiques.

Mais il serait erroné de croire que l'appendicite se présente toujours avec cette netteté de signes qui permet de poser immédiatement un diagnostic exact. Le nombre des formes cliniques en est élevé et la crise prend souvent le masque d'une maladie derrière laquelle il faut aller déceler l'appendice coupable. A ce titre, l'appendicite du vieillard a une symptomatologie le plus souvent personnelle qui en rend le diagnostic d'autant plus malaisé que l'affection est chez lui moins fréquente.

D'une façon générale, la forme simple aiguë de l'appendicite se montre rarement dans la vieillesse. On voit

plus ordinairement la forme destructive avec tendance à la perforation et à la gangrène partielle. Cliniquement on observe des abcès bien encapsulés dans la fosse iliaque. La réaction péritonéale et la fixation de l'épiploon induré en imposent pour une tumeur dure d'apparence maligne. Dans plus de la moitié des cas où l'on intervient « l'affection revêt les caractères de l'appendicite dite néoplasique. On ne trouve dans un magma d'adhérences tantôt puriformes, tantôt consistantes, en couenne solide, qu'un organe putréfié, perforé plus ou moins largement, au contact d'un calcul, ou réduit à un magma méconnaissable » (Bérard).

L'évolution de la crise est en général plus longue, sans grosse réaction.

C'est là la forme commune chez le vieillard. Mais l'appendicite peut revêtir l'apparence d'une occlusion intestinale aiguë. Notre observation en est un exemple et se rapproche de l'observation 128 rapportée par Bérard et Vignard (appendicite perforante à type d'occlusion, avec pouls et température peu influencés). Elle peut servir à établir le tableau de cette forme clinique.

Le début est marqué par de violentes douleurs, localisées parfois dans la fosse iliaque droite, mais pouvant au contraire être diffuses comme dans l'observation de Bérard et Vignard. D'ailleurs ces douleurs ne tardent pas à s'irradier dans tout l'abdomen, et même vers le thorax, rendant l'exploration extrêmement difficile.

Bientôt le tableau devient plus alarmant et les phénomènes péritonéaux s'installent. Les vomissements verdâtres, puis de *couleur noirâtre*, font leur apparition et sont incessants. Il y a arrêt absolu des gaz et des matières, le ventre se ballonne. Le tableau est devenu celui d'une occlusion intestinale aiguë.

Cependant la température reste peu élevée. Elle était de 37°5-38° dans notre cas. Elle oscillait autour de 38° dans le cas de Bérard et Vignard. Mais le pouls, qui peut rester assez bon, faiblit et l'état général s'altère. Le facies péritonéal avec le nez effilé, les yeux excavés et cernés, la respiration superficielle sont frappants dès le début de l'examen.

La recherche des signes physiques ne va que fort peu nous renseigner sur la cause de cette péritonite. Sans doute, dans les cas observés dès le début, pourrait-on reconnaître une résistance de la paroi un peu plus accusée dans la fosse iliaque droite, et une douleur à la pression plus forte à ce niveau. Mais il ne faut pas trop compter sur autant de précision. Dans notre observation le ventre était dur dans toute son étendue. La palpation en était horriblement douloureuse, mais s'exacerbait dans la région sous-ombilicale. Pas de Mac Burney net, pas de plastron, et n'était l'interrogatoire qui avait révélé le début des douleurs dans la fosse iliaque droite, il est certain que le diagnostic de la cause de l'iléus n'aurait pu être posé. Il faut cependant remarquer qu'autour du point de Mac Burnay on note une hyperesthésie cutanée des plus manifestes.

Le même tableau se retrouve dans l'observation de Bérard et Vignard. « Le ventre est tympanisé en totalité ; l'épigastre est saillant et douloureux spontanément ou à la pression ; la paroi et le diaphragme sont encore mobiles, mais gênés dans leur ampliation. La pression dans la fosse iliaque droite n'est mal tolérée que lorsqu'on l'exerce assez profondément : le pincement de la peau éveille toutefois une douleur nette. Il n'y a pas de plastron ni de masse péritonéale décelable. Le toucher rectal est négatif. »

En somme, tableau clinique d'une occlusion intestinale aiguë. C'est un type de crise appendiculaire qui paraît se rencontrer plus souvent chez le vieillard que chez l'adolescent et l'adulte. Les points cardinaux qui doivent aiguiller le diagnostic sont : *le début des douleurs dans la fosse iliaque droite*, les vomissements noirâtres et non fécaloïdes comme dans l'occlusion vraie, fièvre minime ou nulle et pouls quelquefois presque normal, mais devenant bientôt petit et filant, indice d'une intoxication profonde.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution peut être la même chez l'adolescent et l'adulte. De gros plastrons peuvent se résoudre, des abcès s'enkyster. Mais le pronostic demeure cependant très sombre. Sur 32 cas réunis par Gand, il y eut 9 morts. Trente de ces malades avaient été opérés avec 7 décès. Sur un total de 65 observations recueillies par Bérard et Vignard, la proportion de mortalité variait également de 20 à 25 p. 100, plus forte dans les formes néoplasiques avec grand plastron putrilagineux ; dans les formes avec occlusion d'emblée où l'on avait attendu pour intervenir la diffusion de la péritonite, la mortalité a pu atteindre alors 30 à 35 p. 100.

Cette gravité tient évidemment à la moindre résistance du vieillard. Mais il faut aussi faire entrer en ligne de compte la fréquence plus grande chez lui des appendicites à forme gangréneuse, qui sont d'un sombre pronostic en raison de leur rapide évolution.

Cependant le pronostic ne peut être considéré comme fatal, malgré les complications qui pourront suivre une intervention même précoce (atonie cardio-vasculaire, phlébite, congestion hypostatique).

Le cas que nous rapportons fut en effet suivi de guérison : l'appendice était pourtant gangrené, la péritonite avancée puisque de la sérosité louche s'écoula par la plaie opératoire et que les anses intestinales étaient agglutinées.

DIAGNOSTIC

Il est en général difficile, et, comme le disent si bien Bérard et Vignard, toutes les confusions sont possibles ici, et ont été faites par les cliniciens les plus avisés.

Si l'appendicite affecte le type pseudo-néoplasique, le diagnostic est à faire avec toutes les tumeurs de la fosse iliaque droite, et surtout avec les tumeurs du cæcum. L'absence fréquente de température dans le cas d'appendicite rendra la distinction plus difficile encore, d'autant plus que les commémoratifs de troubles digestifs antérieurs peuvent être aussi bien en faveur de l'une que de l'autre affection. Les considérations d'âge feront pencher plutôt vers le néoplasme, et seuls les cas où le cæcum pourra être senti avec des parois indurées, irrégulières, à peu près indolores, et dans lesquels l'état général paraîtra rapidement atteint devront, selon toutes probabilités, être diagnostiqués cancer.

Dans les cas d'appendicite à forme d'occlusion d'emblée, le diagnostic est encore hérissé de difficultés. Sans doute on reconnaît l'occlusion à ses signes propres : arrêt des matières et des gaz, vomissements, ballonnement du ventre, etc. Mais quel est le siège de l'occlu-

sion ? Quelle est la nature de l'obstacle ? S'agit-il d'iléus dynamique ou d'iléus mécanique ? L'âge du sujet fait aussitôt penser à ces néoplasmes latents qui se révèlent tout à coup par une occlusion aiguë. Le siège de la douleur initiale, lorsqu'il est dans la fosse iliaque droite, doit acquérir alors une grande valeur. D'autre part, les signes péritonéaux proprement dits sont aussi importants, sinon davantage, que les signes de l'occlusion elle-même, et ils sont apparus avant eux. La constipation est moins absolue, dit Duplay, les vomissements moins souvent fécaloïdes ; la douleur est plus généralisé, plus superficielle ; le météorisme est plus accentué, dit Jalaguier.

En fait, les distinctions sont souvent subtiles, et, si dans certains cas on peut poser le diagnostic, il faut bien reconnaître que, le plus souvent, seule l'intervention permettra de reconnaître la cause de l'occlusion, les différences symptomatiques entre l'occlusion mécanique et l'occlusion dynamique étant en général minimes.

Dans notre cas, le diagnostic se guida sur la douleur primitivement localisée à la fosse iliaque droite, sur l'hyperesthésie cutanée, l'absence de tumeur palpable, qui permettait de penser à un iléus dynamique plutôt qu'à un iléus mécanique. On ne nota pas de crises péristaltiques. C'est là un signe capital pour Guinard. « Pour peu qu'on voie se dessiner par crises douloureuses, revenant comme les coliques utérines de l'accouchement, des anses intestinales sous la paroi abdominale, on peut affirmer qu'il y a de l'obstruction. » Enfin les auteurs signalent aussi l'œdème de la paroi comme un signe en faveur de l'infection du péritoine.

Les vomissements noirs (vomito negro) ont une

importance diagnostique de haute valeur en faveur de l'appendicite.

L'erreur devra en outre être évitée avec l'encombrement stercoral simple, avec l'occlusion aiguë par hernie étranglée, exceptionnellement avec certaines annexites ou fibromes sphacélés ou certains phlegmons du ligament large symptomatiques d'un néoplasme.

« La conclusion à retirer est que, en cas de doute, *il ne faut pas s'abstenir*. L'expérience montre que la mortalité si chargée de l'appendicite chez le vieillard provient avant tout des retards apportés à une thérapeutique active, des hésitations entretenues par l'état précaire des malades. Aujourd'hui, avec les ressources de l'anesthésie locale et de la rachianesthésie, qui ont facilité si grandement toutes les interventions exploratrices, on n'aura même plus le prétexte des dangers de la narcose pour refuser à un diagnostic probable la confirmation d'un examen direct. S'il s'agit d'appendicite, une incision pariétale avec simple évacuation du foyer suppuré sauvera seule la vie du malade, à condition de n'être pas trop tardive ; s'il s'agit d'un néoplasme de l'intestin ou de toute autre affection des organes voisins du cæcum, c'est encore dans l'incision hâtive que résidera presque toujours, sinon le salut, du moins l'atténuation des accidents les plus menaçants pour la vie. » (Bérard et Vignard).

TRAITEMENT

Chez le vieillard, dans les formes qui se manifestent (comme dans notre cas) par un syndrome d'occlusion intestinale, le traitement doit être l'intervention sanglante immédiate. Cette conduite est d'autant plus indiquée qu'on connaît mieux l'évolution fréquente de l'appendicite vers la gangrène et la péritonite généralisée si fréquente chez le vieillard. L'intervention est donc une *intervention d'urgence*. Il faut opérer le plus tôt possible.

Bien entendu il conviendra de remonter autant que possible l'état général du malade, surtout s'il arrive dans une clinique ou à l'hôpital après un voyage. On prescrira des injections de sérum, d'huile camphrée, et quand après une heure ou deux le pouls aura repris un peu vigueur on interviendra.

Tout d'abord se pose la question de *l'anesthésie :* donnera-t-on l'éther? donnera-t-on le chloroforme ? emploiera-t-on l'anesthésie locale ? ou la rachianesthésie ? Le problème est parfois délicat à résoudre. Les vieillards ont souvent des poumons susceptibles et l'éther peut favoriser la congestion post-opératoire, déjà si à craindre chez les malades âgés, par la seule hypostase.

Le chloroforme est difficile à manier, dangereux. A Montpellier son usage est presque abandonné. L'anesthésie locale sera de mise chez les malades trop affaiblis pour supporter l'éther même donné avec prudence et parcimonie pour rester au seuil de l'anesthésie. Mais cette anesthésie locale est impossible à pratiquer dans des tissus infiltrés, et elle est mauvaise quand des manipulations de la masse intestinale sont à prévoir. Quant à la rachianesthésie, quelques chirurgiens considèrent l'âge avancé des malades comme une contre-indication. Ils ne l'emploient pas non plus dans les cas tels que hernie étranglée ou occlusion intestinale, en raison de l'hypotension que produit l'injection de liquide anesthésique, hypotension qui augmente la gravité du shock opératoire. Cependant, à faible dose, cette méthode donne toute tranquillité. M. le professeur Lapeyre injecta dans le cas qui nous occupe 0,12 cg. de syncaïne Clin à 8 p. 100. L'opération put être menée rapidement et avec sécurité.

La rachianesthésie est en outre avantageuse pour les suites opératoires. Elle diminue les chances des complications pulmonaires si fréquentes après l'éther chez le vieillard. Elle permet de placer le malade en position de Fowler aussitôt après l'opération et c'est là un avantage considérable dans des cas comme le nôtre.

En somme, chez un sujet encore résistant on pourra employer la rachianesthésie ou l'éther ; chez un sujet de mauvais état général on recourra à l'anesthésie locale.

*
* *

Quelle va être alors la conduite opératoire ?

« Les moyens chirurgicaux se ramènent tous en

définitive à *la laparotomie*, pratiquée assez largement pour permettre d'arriver jusqu'à l'appendice et de le réséquer en supprimant du même coup le foyer d'origine des accidents. Ensuite l'on évacue le péritoine de son contenu septique, et on cherche à prévenir la formation de nouveaux produits toxi-infectieux.

» Pour atteindre ce triple but, les procédés varient un peu suivant que l'on rencontre :

» *a*) Une perforation appendiculaire qui vient s'effectuer en péritoine libre, sans qu'il y ait encore des signes objectifs et fonctionnels certains d'une péritonite généralisée ;

» *b*) Une perforation appendiculaire en péritoine libre, avec production d'une quantité plus ou moins considérable de pus, qui s'est insinué au loin entre les anses intestinales, pour envahir tous les compartiments de la grande séreuse. Dans cette catégorie rentrent également les péritonites suppurées généralisées d'origine appendiculaire, sans perforation du vermium, telles que Poncet et Jaboulay les ont fait décrire à Margery dans sa thèse (Lyon, 1892).

» *c*) Enfin une péritonite septique, à peu près toujours, pour ne pas dire toujours, consécutive au sphacèle de l'appendice, que la gangrène se soit propagée ou non aux anses intestinales voisines. » (Guinard et Vignard).

En fait, voici comment se pose le problème en clinique. Le diagnostic exact a été posé ; ou bien l'hésitation est grande et le doute persiste sur l'origine de la cause de la péritonite ou de l'occlusion.

Dans le premier cas, on pratiquera *la laparotomie latérale* par l'incision de Roux ou de Mac Burney, soit même par l'incision de Jalaguier (bien que celle-ci soit

plutôt réservée pour les appendicites à froid), on intervient sur le foyer appendiculaire directement.

Dans le deuxième cas, le diagnostic est hésitant. Le mieux est alors de passer par la voie médiane : généralement on pratiquera une laparotomie sous-ombilicale, mais on ne craindra pas de prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic pour se donner du jour si besoin est.

L'incision des différentes couches révèle souvent de l'œdème de la paroi, qui est infiltrée par une espèce de sérosité gélatineuse. On protège avec soin les bords de l'incision avec des compresses et on ouvre le péritoine.

Une exploration aussi rapide que possible conduit l'opérateur vers l'appendice. Le plus souvent il est facilement trouvé, isolé par des compresses dans les anses voisines, extériorisé. La section peut s'effectuer au thermocautère ou au bistouri. On touche alors le moignon à l'acide phénique ou au phénosalyl.

Un examen des anses voisines permet de voir si des lésions de gangrène se sont déjà produites dans les tuniques : on enfouit les petites plaques sphacélées, on réséquera si le sphacèle est étendu ; on fixera l'anse à la paroi si l'état général du malade est précaire et si par conséquent le temps presse.

Faut-il enfouir le moignon appendiculaire ? Des discussions encore en cours se poursuivent à la Société des chirurgiens de Paris pour juger de l'opportunité ou de l'inopportunité de l'enfouissement. Certains le pratiquent systématiquement, d'autres le rejettent non moins systématiquement et déclarent obtenir d'excellents résultats. En fait, dans les cas d'appendicite à chaud, où l'appendice est profondément infecté, l'enfouissement nous paraît une sage précaution. On le pratique soit par une suture en bourse, soit par un petit surjet.

On fait ensuite la toilette du péritoine, ce qui ne veut point dire qu'on essuiera les anses intestinales pour supprimer les fausses membranes. On manipulera les viscères aussi peu que possible, mais on pourra avec avantage verser de l'éther dans la cavité péritonéale. D'autres auteurs utilisent l'oxygène, l'huile camphrée, le sérum artificiel tiède.

L'éther présente l'avantage de diffuser facilement entre les anses intestinales, qu'il stimule, qu'il fait rétracter et auxquelles il rend bientôt leur puissance de contraction physiologique. Cet agent est utilisé couramment par M. le professeur Tédenat au cours des laparotomies et il déclare en avoir toujours retiré d'excellents résultats.

Les compresses protectrices des viscères étant doucement enlevées, l'opération va se terminer par la fermeture de la paroi. *Mais faut-il drainer ?* De longues discussions ont eu lieu en 1905 et 1909 aux Congrès de Bruxelles, de Paris et de Budapest. Si certains chirurgiens n'hésitent pas à refermer le ventre sans drainage, il nous paraît cependant sage de conserver le drainage dans les cas où la laparotomie a découvert de gros abcès, ou une péritonite généralisée. C'est ainsi que dans notre cas le professeur Lapeyre plaça deux drains qui furent assurément utiles pour évacuer les produits septiques de la cavité péritonéale. Ces drains furent d'ailleurs rapidement supprimés. On se basera sur l'état local et général pour en pratiquer l'ablation plus ou moins précoce.

« Aujourd'hui, disent Vignard et Bérard, la majorité des chirurgiens semblent s'être ralliés à la pratique de Rehn, combinée à celles de Fowler et Murphy. Rehn se borne à rechercher et à réséquer l'appendice, par une

incision iliaque prolongée, s'il le faut, jusqu'au voisinage du pubis, pour introduire dans le bassin et dans la loge iliaque droite un seul ou au plus deux drains autour desquels les plans péritonéaux et musculaires sont suturés ; la pression abdominale ainsi rétablie favorise le drainage et tend à accumuler le pus dans les régions déclives. En outre, le péritoine presque complètement refermé échappe à l'action de l'air qui aurait pour effet d'immobiliser les anses (Gulike).

» Le malade reporté dans son lit est maintenu dans la position demi-assise de Fowler, qui dégage le diaphragme et ramène le pus dans le bassin. On fait alors absorber goutte à goutte par le rectum, suivant les indications de Murphy, au moyen d'une petit sonde de Nélaton, une quantité de sérum physiologique qui varie de 500 grammes à plusieurs litres. »

Ces conseils sont en effet excellents. M. le professeur Tédenat remplace le goutte à goutte par le petit lavement salé strychniné à garder dont les effets sont identiques au Murphy et qui présente l'avantage d'une exécution plus facile. On ne négligera pas l'huile camphrée.

* * *

Telle est la conduite générale. Il ne faut point négliger de dire cependant que dans quelques cas l'opération ne pourra pas être effectuée aussi complètement. L'état du malade commandant une extrême rapidité dans l'intervention, on pourra se borner, si la recherche de l'appendice est difficile, à un lavage simple suivi de drainage de la cavité péritonéale. L'appendice sera enlevé ultérieurement.

Les suites opératoires peuvent être simples. L'état général se remonte rapidement. Les drains sont enlevés du 3e au 7e jour. La cicatrisation s'effectue par seconde intention.

Mais la période post-opératoire pourra être troublée par des complications diverses : extension de la péritonite, formation d'abcès multiples, septicémie, hémorragies, phlébite, occlusion intestinale, fistules stercorales, etc., qui nécessitent des traitements appropriés.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est rare chez le vieillard, mais n'est cependant pas absolument exceptionnelle. Cette rareté tient à l'involution de l'appendice qui se sclérose dans la vieillesse et à une espèce d'immunité acquise à la suite de petites attaques microbiennes ou toxiques ayant évolué silencieusement et ayant vacciné le sujet contre les attaques ultérieures.

Les troubles intestinaux sont à noter comme facteur étiologique important.

II. — La forme aiguë simple, banale de l'appendicite se rencontre rarement chez le vieillard. L'affection affecte le type pseudo-néoplasique ou le type d'occlusion intestinale aiguë.

III. — Le pronostic est grave en raison de la moindre résistance dans l'âge avancé et de la fréquence des formes gangréneuses à évolution rapide.

IV. — Le diagnostic est particulièrement délicat. La rareté de l'affection chez le sujet âgé, l'absence de signes

physiques nets rendent l'établissement de ce diagnostic extrêmement difficile. Le début des douleurs dans la fosse iliaque droite, les commémoratifs de troubles digestifs antérieurs seront d'un précieux secours pour déceler l'appendicite.

V. — Le traitement consistera en une laparotomie exécutée d'urgence. Elle sera latérale si le diagnostic est certain, médiane dans le cas contraire. On réséquera l'appendice, on l'enfouira ; on pratiquera la toilette du péritoine, on drainera. L'ablation des drains sera maintenue plus ou moins longtemps suivant l'état local et général.

Dans les suites opératoires il faudra soutenir le malade par les toni-cardiaques, huile camphrée, sérum et exciter la contraction intestinale par les petits lavements salés strychninés, ou le sérum goutte à goutte suivant la méthode de Murphy.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de l'appendicite gangréneuse chez le vieillard,

par Alfred Encontre.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 23 mars 1922.

Le Professeur,
TÉDENAT.

Vu :

Montpellier, le 23 mars 1922.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 mars 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.

BIBLIOGRAPHIE

Alber et **Rotter**. — Rapport sur la statistique de la Société médicale de Berlin sur les inflammations du cæcum dans l'année 1907 à Berlin (Berliner klin. Wochenschrift, nos 26 et 27).

Beekman-Smith et **Everingham** (New-York). — Analyse de 500 cas d'appendicite aiguë (The American Journal of the medical sciences, oct. 1917).

Bérard et **Vignard**. — A propos de l'appendicectomie sous-séreuse à froid (Bull. médical, 1913).

— L'appendicite, étude clinique et critique, 1914.

Beaussenat. — Thèse Paris, 1897, et Soc. anat., février 1897.

Brun. — Avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës (Th. Paris, 1918).

Chauveau (Paul). — Thèse Paris, 1907.

Challiol. — Thèse Lyon, 1894.

Delbet. — Traitement des appendicites par le sérum antigangréneux de Weinberg (XXIXe Congrès de l'Ass. française de chirurgie, oct. 1920).

— Un symptôme des perforations appendiculaires (Presse médicale, juin 1908, p. 354).

Delagenière et Hamel. — Péritonite par perforation appendiculaire. Appendicectomie. Traitement post-opératoire par le rhodium colloïdal (lantol) (La Clinique, sept. 1912).

Dubard. — Sur la technique de l'appendicectomie (Soc. des sc. méd. de la Côte-d'Or, 1913).

Durand. — L'intervention précoce avec fermeture de la paroi sans drainage dans le traitement de l'appendicite aiguë (Lyon médical, juin 1914).

Ebert (**T.-Rulison**). — Application de la méthode de Carrel. Dakin aux appendicites aiguës nécessitant le drainage (Surgery, gynecology and obstetrics, t. XXX, n° 3, mars 1920).

Guinard. — Des erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire (Soc. de chir., 20 janv. 1904).

— Soc. de chir., nov. 1908.

— Les appendicites méconnues (Journal des Praticiens, 19 déc. 1908).

— Affections chir. de l'abdomen (*In* Le Dentu et Delbet, 1910).

Jalaguier. — Mercredi médical, 1895, p. 374.

Kirmisson. — Importance de l'hyperesthésie cutanée comme signe de la gangrène et de la perforation appendiculaires (Bull. médical, t. XXVI, n° 40, 18 mai 1912).

— Les indications opératoires dans l'appendicite.

Klecki (De). — Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale (Annales de l'Institut Pasteur, t. IX, p. 710).

Lejars. — Chirurgie d'urgence.

Miginiac et **Girou.** — Appendicectomie 28 heures après le début d'une crise appendiculaire caractérisée par une douleur vive, sans fièvre ni vomissements, pouls normal, gangrène de l'appendice (Soc. anat. de Paris, déc. 1912).

Morris. — Mac Burney's point and another point in appendix diagnosis (Surgical section of the New-York. Acad. of med., 5 déc. 1907).

Quénu. — Soc. de chir., 1895, p. 538.

Quervain (De). — Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite (Revue médicale de la Suisse romande, 1913).

Reclus. — Pathogénie de l'appendicite (Sem. méd., 23 juin 1897, p. 237).

Robineau. — Traitement de l'appendicite aiguë (La Clinique, juillet 1914).

Robinson. — Medical Record, novembre 1895.

Rouville (De). — Soc. de biologie, 7 nov. 1896.

Rovsing. — Indirektes Hervarrufen des typischen Schmerres an Mac Burney's punkt (Centralblatt für Chir., 1897).

Savariaud. — L'opération précoce au début de l'appendicite aiguë (Journal des Praticiens, juillet 1912).

— Appendicite suppurée au 5e jour ; ablation d'un appendice totalement gangrené par une opération transpéritonéale (Soc. de chir. de Paris, 1914).

Sonnenburg. — Sur l'occlusion de l'appendice iléo-cæcal (Zentralblatt für Chirurgie, 1913).

Société de chirurgie de Paris. — Discussion sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires, 20 octobre 1920.

Talamon. — Appendicite et périty phlite (Coll. Charcot-Debove, p. 45).

Tuffier. — Société de chirurgie, 1896.

Vautrin. — Les appendicites anormales (Revue de gyn. et de chir. abd., 1898).

Viannay. — Un nouveau cas d'appendicectomie à chaud précoce (35e heure) suivie de guérison (Loire médicale, juin 1912).

— Une série de dix-sept appendicectomies à chaud, précoces, sans un seul décès (Arch. provinciales de chirurgie, fév. 1914).

Williams (Mc). — Iléus consécutif à une appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée (Soc. de chir. de New-York, 1913).

Wakeley. — Quelques notes sur 120 cas d'appendicite opérés (The Lancet, décembre 1919).

Walther. — Congrès français de chir., 1898.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!